配食サービス利用申請書

年　　月　　日

　　（宛先）五島市長

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　印

電話番号

　　配食サービスを利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | | 生年  月日 | | 年　 月　 日  （　歳） | | | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  | | | | | | | 電話  番号 |  |
| 障害の有無 | | □有　□無 | | 障害の種別 | | | □身体 □知的 □精神  □発達 □難病 | | |
| 配食を希望  する理由 | |  | | | | | | | | |
| 世帯の状況 | | □単身世帯　□高齢者のみの世帯　□障害者のみの世帯  □その他（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 配食希望回数 | | 週　　回（日　月　火　水　木　金　土） | | | | | | | | |
| 緊急時  連絡先 | 住所 |  | | | | | 電話番号 | |  | |
| 氏名 |  | | | | | 続柄 | |  | |
| ケアプラン・  介護予防  プランの有無 | | 有・無 | 作成者 |  | | | 事業所 | |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | |